Versión Breve del Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión: Breve CET-DE

(Alonso-Fernández, 1986)

Su aplicación no abarca más de cuatro minutos. Constituye la prueba adecuada para efectuar el screening de la depresión en masas amplias de la población. Su aplicación permite distinguir inmediatamente dos sectores: el de los excluidos de la depresión y el de los posibles depresivos.

DIMENSIÓN 1 (HUMOR DEPRESIVO)
1.- Nota Falta de placer o alegría?
2.- Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente como va su cuerpo?
3.- Se siente menos que los demás o inferior a los demás?
4.- Siente que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir?

DIMENSION II (ANERGIA)
5.- Se Siente aburrido, desganado, o desinteresado por todo?
6.- Le cuesta pensar o tener ideas?
7.- Ha disminuido su actividad habitual en los trabajos o en las distracciones?
8.- Se siente agotado, o se cansa enseguida?

DIMENSIÓN III (DISCOMUNICACIÓN)
9.- Se aflige por cualquier cosa, o está más sensible que antes?
10.-Habla menos con su familia o con sus amistades?
11.- Se siente incomprendido, enojado, o molesto con otras personas?
12.-Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente?

DIMENSIÓN IV (RITMOPATÍA)
13.- Se Despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse?
14.-Se encuentra peor por las mañanas?
15.- Ha perdido apetito o peso?
16.- Se le hacen los días muy largos o tiene la sensación de que el tiempo va muy lento?

CUASAS DE LA DEPRESION

Las causas de depresión son el resultado de la acción de factores

genéticos, biológicos y del entorno.

Anormalidades de los Neurotransmisores.- Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores clave (mensajeros químicos del cerebro) principalmente los siguientes:

-Serotonina

-Acetilcolina

-Catecolaminas (que constan de la dopamina, noradrenalina y epinefrina también llamada adrenalina)

El grado en que estos mensajeros químicos está alterado puede ser determinado por otros factores, tales como anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o susceptibilidad genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en el gen

llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.

Anomalías Hormonales.- Es muy probable que en las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, jueguen un papel en la depresión (ver el apartado de causas específicas de la depresión en la mujer). Los niveles

anormales de determinadas hormonas de stress y del crecimiento también pueden jugar un papel en la depresión.

Depresión y Estrategia Adaptativa.- Algunos expertos creendo de ánimo disminuido es una respuesta adaptativa a determinadas situaciones en las que las expectativas no se adaptan a los logros y los esfuerzos activos parecen infructuosos (como un enamoramiento no correspondido, fracaso profesional, o un compromiso de autoridad). En el estado normal, el dolor que produce

la respuesta proporciona al individuo iniciativa para desconectar y también una respuesta pasiva, de abandono que permite al individuo tener un periodo de pensamiento profundo antes de realizar un cambio de dirección. La depresión como alteración (caracterizada por pesimismo contumaz, baja autoestima y falta total de iniciativa) se puede desarrollar si hay constantes metas u objetos inalcanzables y si la persona no tiene ninguna relación positiva que le ayude a

cambiar de dirección. Estas situaciones se dan ciertamente en las sociedades altamente competitivas a las que le falta el soporte social y los medios de comunicación mantienen las imágenes inalcanzables como deseables.

QUE ES LA DEPRESION

Todos experimentamos infelicidad, a menudo como resultado de un cambio, ya se trate de un contratiempo o de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud, de "miseria cotidiana". Los sentimientos dolorosos que acompañan a estos acontecimientos son

normalmente apropiados, necesarios y transitorios, y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal. Sin embargo, cuando la depresión persiste y perjudica la vida diaria, puede

indicarnos la existencia de un trastorno depresivo. La gravedad, la duración, y la presencia de otros síntomas son los factores que distinguen la tristeza normal de un síndrome depresivo.

Se ha llamado a la depresión con variedad de nombres tanto en la literatura médica como la popular durante miles de años. Los textos ingleses más antiguos hacen referencia a la "melancolía", que fue durante siglos el término genérico para todos los trastornos emocionales. Actualmente se hace referencia a la depresión como un trastorno anímico, y los subtipos primarios son la depresión mayor, la distimia (crónica y normalmente más benigna), y la depresión atípica. Otras formas importantes de depresión son el trastorno

disfórico premenstrual (también abreviado como PDD o PMDD) y el trastorno afectivo estacional (SAD). (El otro gran trastorno mayor del estado de ánimo, no discutido en este artículo, es el trastorno bipolar, o enfermedad maníaco-depresiva, que se caracteriza por períodos de depresión que alternan con episodios de excesiva energía y actividad

Depresión Mayor.- En la depresión mayor, o aguda, deben presentarse al menos cinco de los síntomas abajo listados durante un período de como mínimo 2 semanas, y deben representar un cambio de conducta o estado de ánimo respecto al estado previo:

-Ánimo deprimido la mayoría de los días y en la mayor parte de cada día. (La irritabilidad puede ser el síntoma primordial en niños y adolescentes)

-Total o muy importante pérdida de placer la mayor parte del tiempo.

-Aumento o disminución significativos del apetito, peso, o ambos.

-Trastornos del sueño en forma de insomnio o excesiva somnolencia prácticamente diaria.

-Sentimientos de agitación o sentido de intensa lentitud.

-Pérdida de energía y una sensación diaria de cansancio.

-Sentimientos de culpabilidad o inutilidad durante casi todo el tiempo.

-Incapacidad de concentración casi a diario.

-Pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.

Además, deben aparecer otros criterios :

-Los síntomas arriba listados no deberían seguir o acompañar

episodios maníacos (como en los trastornos bipolares u otros)

-Deben alterar funciones normales importantes (tales como el trabajo o las relaciones personales)

-No ser causados por drogas, alcohol, u otras sustancias.

-No ser causados por la reacción de duelo normal [ver debajo la definición].

Un estudio a largo plazo descubrió que los episodios de depresión

mayor en general duraban alrededor de veinte semanas. Entre el 30 y

el 40% de los pacientes deprimidos experimentan ataques súbitos de

ira que describen como inespecíficos e inapropiados.

Los síntomas de depresión en los niños pueden ser diferentes de los

de los adultos. Pueden incluir:

-Tristeza permanente

-Incapacidad para disfrutar de las actividades favoritas

- Aumento de la irritabilidad

- Quejas de problemas físicos tales como dolor de cabeza y de estómago

-Menor rendimiento escolar

- Aburrimiento constante

- Baja energía

- Pobre concentración

- Cambios en los hábitos de comida y sueño o ambos

- Mayor tendencia a amenazar a los otros. Los niños ansiosos son más frecuentemente amenazados.

POR QUE MEJORAR LA DEPRESION

¿cómo se diagnostica la depresión?

Confianza en el médico de familia

Muchas de las personas deprimidas no buscan ayuda psiquiátrica y deben buscar apoyo en su médico de familia. Desgraciadamente, hay muchos obstáculos en esta vía:

- Un estudio informó de que sólo el 25% de los médicos de familia diagnosticaban con exactitud la depresión.
- Los pacientes por sí solos pueden ser incapaces de detectar o de admitir su depresión. En un estudio, aunque el 21% de los pacientes que iban a ver a su médico de familia estaban deprimidos, sólo el 1% de ellos describían sus síntomas como depresión.
- Para completar el problema, la mitad de los médicos admitieron en un estudio el haber diagnosticado deliberadamente un problema diferente como fatiga, ansiedad, insomnio o dolor de cabeza en algunos de sus pacientes que padecían de depresión. Las razones para hacer esto incluían incertidumbre sobre el diagnóstico, preocupación por el reembolso del gasto sanitario por parte de la aseguradora si el paciente era diagnosticado de depresión, o sencillamente por la estigmatización asociada al diagnóstico.

Tests de cribaje

Un especialista de salud mental, como por ejemplo un psiquiatra, un trabajador social o un psicólogo, es la mejor fuente en el diagnóstico de la depresión. Estos profesionales pueden realizar tests de cribaje,entorio de Depresión de Beck o la Escala de Puntuación de Hamilton, que consisten en unas 20 preguntas que evalúan la depresión del sujeto. Los estudios están evidenciando que los tests realizados por teléfono son una herramienta de cribaje valiosa para la depresión. Sin embargo, es importante destacar que estos tests son limitados, y que los profesionales de la salud mental acostumbran a diagnosticar la depresión basándose en síntomas y en otros criterios.

Diagnóstico de la depresión en los ancianos

Debido a la complicada relación entre depresión, interacciones medicamentosas y enfermedades físicas graves en los ancianos, el diagnóstico exacto es muy importante en e pacientes, pero no siempre es fácil. Los síntomas característicos de depresión no siempre están presentes o no son tan aparentes en las personas mayores:

- Algunas personas mayores pueden ser conscientes de su depresión pero creen que no se puede hacer nada al respecto.
- Muchos ancianos que están deprimidos pueden quejarse de síntomas físicos (dolores) u otros estados anímicos (confusión, agitación, ansiedad e irritabilidad) relacionados con la depresión en lugar de quejarse de la depresión.

- A menudo no pueden o no quieren expresar sus sentimientos o incluso no son conscientes de que están deprimidos.
- Sus síntomas a menudo son ignorados o confundidos con otras afecciones propias de los ancianos, como el Alzheimer o la Enfermedad de Parkinson, la demencia, alteraciones tiroideas, artritis, embolia cerebral, cáncer, enfermedades cardiacas y otras alteraciones crónicas.
- La depresión puede ser un factor predictivo de la Enfermedad de Alzheimer o de una enfermedad física limitante antes de que los síntomas propios de la enfermedad sean evidentes.
- La depresión es también un efecto secundario de muchos de los medicamentos que se recetan con frecuencia a los ancianos. Por tanto, a menudo es difícil de determinar si la depresión del paciente es una reacción psicológica a la enfermedad, causada por la misma enfermedad o completamente independiente de la alteración médica. Tanto las condiciones médicas como emocionales deben tenerse en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico en los ancianos.

Diagnóstico de la depresión en culturas no occidentales

Las personas no occidentales acostumbran a reportar con mayor frecuencia síntomas físicos (dolor de cabeza, estreñimiento, debilidad o dolor de espalda) relacionados con laute;n, en lugar de los síntomas anímicos propios.

¿Cuáles son las líneas generales para el tratamiento de la depresión?

Selección de la aproximación terapéutica óptima

Los pacientes con depresión tienen varias opciones, incluyendo psicoterapia, antidepresivos o ambos. En general, los estudios indican que la combinación de antidepresivos y terapia e;gica es más efectiva que cualquiera de los dos tratamientos aislados en la mayoría de los pacientes. Se estima que sólo el 40% de las personas afectas de depresión crónica responden a los fármacos solos, mientras que el 60% responden a la combinación de terapias (de hecho, un estudio detectó una tasa de respuesta del 73% usando terapia cognitiva conductual y nefazodona, un nuevo antidepresivo). Otros estudios también sugieren que los beneficios persisten cuando la terapia cognitiva se añade al régimen de tratamiento. Para las personas en las que la terapia farmacológica y la psicoterapia fallan, hay otras técnicas seguras y efectivas como la terapia electroconvulsiva. En los casos graves que no responden a ningún tratamiento conservador, puede ser beneficioso el uso de la psicocirugía.

La mayoría de las personas con depresión aguda responden al primer o al segundo intento de tratamiento. Con todo, más de dos tercios de pacientes con depresión, especialmente los ancianos, no reciben ningún tratamiento. La falta de seguro médico es el factor más importante en estas tasas de tratamiento tan bajas. Elección del terapeuta

La mayoría de las personas pueden ser tratadas en la consulta por un psiquiatra u otro

terapeuta. Con menor frecuencia, el nivel de disfunción puede ser lo suficientemente grave como para precisar hospitalización para proteger ade un mayor deterioro o de autoinflingirse daños.

Profesionales de la salud mental: los únicos profesionales de la salud que pueden recetar antidepresivos son los siguientes:

- Psiquiatras: son los profesionales de la salud mental con doctorado en medicina.
- Cualquier doctor en medicina.
- Algunas enfermeras clínicas psiquiátricas.

Aunque los demás profesionales de la salud mentar no pueden prescribir antidepresivos, muchos terapéutas tienen acuerdos con un psiquiatra para proporcionar medicación a sus pacientes. En general, los profesionales de la salud mental están divididos en categorías de acuerdo con su preparación:

- Los psicoanalistas tienen estudios de psiquiatría, psicología o trabajo social y varios años de entrenamiento en un instituto psicoanalítico.
- Los psicólogos tienen una formación de grado, incluyendo la residencia en una institución mental.
- El trabajador social clínico ha realizado un master y dos años de experiencia supervisada en salud mental y servicio social.
- Las enfermeras psiquiátricas avanzadas han realizado un master y pueden proporcionar cuidados terapéuticos.

Consejos para seleccionar un terapeuta:

- Los pacientes pueden buscar un profesional de la salud mental en sus áreas preguntándole a su médico por una referencia o contactando con uno a través de las diferentes organizaciones de la salud mental (ver más adelante "¿Dónde se puede encontrar ayuda para la depresión?").
- El paciente debe describir los problemas con brevedad pero con detalles específicos a través del teléfono a cualquier posible terapeuta para evaluar si puede cubrir sus necesidades.
- El tener estudios avanzados no garantiza la atención de calidad. La confianza del paciente en su terapeuta puede ser el componente más importante en su recuperación, tal y como lo indican estudios que detectaron que el placebo mejora la depresión de casi la mitad de los pacientes y en algunos casos tuvo mejores resultados que la psicoterapia.
- Los pacientes no deben sentir vergüenza a la hora de cambiar de terapeuta si les falta confianza en el que tienen.

Líneas de tratamiento para Grupos Específicos de Pacientes

Mujeres embarazadas y en lactancia: los estudios realizados hasta la actualidad sugieren que ni los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ni los antidepresivos tricícliun mayor riesgo de lo normal de anomalías congénitas o de aborto cuando los toman mujeres embarazadas. Los estudios de los efectos en lactantes de madres que toman ISRS informan de niveles muy bajos de medicación en su sangre, pero no se han observado efectos negativos en los bebés. Estas noticias de que los antidepresivos no deben ser perjudiciales durante el embarazo y la lactancia son esperanzadoras para las mujeres que, estando deprimidas, desean concebir. Sin embargo, se necesita más investigación, y la mayoría de médicos recomiendan, de ser posible, el tomar ninguna medicación durante el embarazo y la lactancia.

Niños y adolescentes : Los niños o jóvenes con depresión moderada o severa deberían recibir psicoterapia antes de recibir cualquier medicación. Un estudio sugirió que había muy pocas diferencias en las tasas de éxitos entre las tres formas más importantes de psicoterapia: la terapia conductivo-conductual, la terapia familiar y la terapia de soporte. Todas consiguieron alrededor de un 80% de recuperación con un 30% de tasa de recaída en una media de 4 meses tras la recuperación. La depresión severa y los conflictos con los padres hacían más difícil la recuperación.

La Academia Americana de Psiquiatría en Niños y Adolescentes recomienda actualmente el uso de ISRS para los niños y adolescentes con depresión muy severa que no responde a la psicoterapia. Para obtener mejores resultados, estos fármacos deberían combinarse durante el inicio de la fase aguda con una mezcla de psicoterapias, incluyendo terapia cognitivo-conductual, interpersonal y psicodinámicas. El tratamiento farmacológico inicial debería continuar como mínimo durante seis meses, y la fase de mantenimiento debería durar un año o más.

Ancianos: idealmente, los ancianos deberían tratarse con una combinación de psicoterapia y antidepresivos. Algunos expertos recomiendan sólo la psicoterapia o la intervención en caso de necesidad en los pacientes ancianos con depresión leve. En los pacientes más mayores, un programa regular de ejercicios puede ser suficiente para mejorar el estado de ánimo.

En la mayoría de los casos, sin embargo, la psicoterapia no está disponible para los pacientes ancianos. No está claro si los ISRS, que se receta a menudo en este grupo de edad, son mejores que los tricíclicos. Los argumentos son los siguientes:

- Los antidepresivos tricíclicos son efectivos y relativamente económicos. De todos modos, tienen un mayor riesgo de efectos adversos en el corazón, y también probablemente en los pulmones que los ISRS, y los tricíclicos más antiguos como la amitriptilina (Elavil) y la imipramina (Tofranil) tienen otros efectos adversos importantes en los adultos de mayor edad.

- Se acostumbran a recetar ISRS en este grupo porque tienen menos efectos secundarios. También se cree que provocan un menor riesgo de caídas que los tricíclicos más antiguos. Sin embargo, los estudios recientes no han encontrado diferencia de riesgo entre las dos clases farmacológicas (si los nuevos antidepresivos producen un riesgo de caída o no es un hecho que aún no se sabe).

- Un estudió observó que los ISRS y los llamados fármacos de diseño eran sólo modestamente beneficiosos en los pacientes ancianos con depresión leve.

- Los pacientes con Parkinson pueden intentar evitar los ISRS porque pueden aumentar el riesgo de temblores y de otros síntomas de la enfermedad.

2. JUSTIFICACIÓN:

Preguntarse por la correlación existente entre la depresión a tempranas edades y el rendimiento académico obedece a un interés grupal por la psicopatología y en especial por su influencia en el sector educativo. Así, los tres miembros del grupo ACAMSA perciben en este proyecto la posibilidad de avanzar en su desarrollo profesional, profundizando en sus conocimientos sobre los problemas psicológicos y la posible relación con un sector de la vida social de especial trascendencia: la escuela. Sin duda alguna este crecimiento es el inicio de proyectos que el grupo puede desempeñar, como un aporte desde la psicología para la educación emocional.

Sin embargo la importancia del tema trasciende los intereses personales. La depresión justifica por sí misma un estudio de estas características ya que es uno de los problemas psicológicos que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. De hecho se ha llegado a concluir que cerca del 4% de la población sufre este trastorno, mientras que aproximadamente el 20% de las personas que acuden a consulta médica tienen depresión (aunque no sea necesariamente éste su motivo de consulta) (Yepes R. 1998).

La situación resulta más preocupante hoy en día, cuando se ha encontrado que la frecuencia con la que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de iniciación ha disminuido (Yepes R. 1998). De hecho diversos estudios realizados en torno al tema indican que, entre el 1.80% y el 25% de los niños pueden tener depresión (Seisdedos, 2000), al igual que el 10% de los adolescentes (Reynolds y Mazza, 1998).

Es así que la Depresión en menores de edad se está convirtiendo en un fenómeno frecuente, lo cual resulta desalentador cuando empiezan a percibirse que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial y el desarrollo (Reynolds & Mazza, 1998) y, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida.

Una de estas esferas es necesariamente la escuela, donde los niños y las niñas pasan la mayor parte de su tiempo, y donde, paradójicamente, se ha venido descuidando su dimensión afectiva, en oposición a un esfuerzo dirigido exclusivamente al desarrollo cognitivo.

La calidad de este esfuerzo es algo que no se discute acá. Basta anotar que a pesar de que las condiciones de vida actuales (en una cultura mundial que ha sido denominada por algunos autores como “depresiva”, y en una cultura colombiana reconocida por todos como “violenta”) desfavorecen enormemente el desarrollo afectivo de los niños y

las niñas, la escuela refuerza este panorama desatendiendo tanto las competencias como las problemáticas emocionales de sus estudiantes.

La cuestión empeora si se tiene en cuenta que las dificultades afectivas en general, y los estados de ánimo (o trastornos) depresivos en particular, no solamente son desatendidos en la escuela, sino que pueden generar diferentes inconvenientes de orden institucional, grupal e individual. La afectación significativa del desempeño escolar es sólo una de las consecuencias posibles. Interesa a la presente investigación realizar un acercamiento al fenómeno del desarrollo afectivo en la escuela, a través de un examen de la posible correlación entre la depresión y el rendimiento académico de una población particular.

Dicho estudio se estructura como un aporte a la comprehensión del fenómeno, cuyas conclusiones pueden ser empleadas para concientizar a la escuela de la importancia crucial que tiene el revisar el estado emocional de los estudiantes.

3. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Valorar sistemáticamente la depresión en la población objeto de estudio y obtener correlaciones entre ésta y el rendimiento académico, con el fin de concientizar a la institución respecto a la importancia de los factores afectivos en el proceso de aprendizaje.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

· Identificar las características afectivas de la población objeto de estudio en lo que tiene que ver con la depresión, a través de la aplicación del Cuestionario de Depresión para Niños.

· Establecer correlaciones entre los datos obtenidos y el rendimiento académico de la población objeto de estudio, haciendo uso de los estadísticos requeridos para tal fin.

· Concientizar a la institución educativa en la importancia que tiene la dimensión afectiva en el rendimiento académico de las estudiantes, a partir de la socialización de los resultados obtenidos.

Objetivos

Objetivo General: Reconocer la depresión como la causa principal de suicidios.

Objetivos específicos:

• Identificar las actitudes y comportamientos de una persona que puede estar sufriendo de depresión.

• Reconocer los tratamientos necesarios para ayudar a una persona que

padece de depresión.

• Identificar los casos extremos de depresión en los cuales una persona podría atentar contra su vida.

ACTIVIDADES

Entre las diferentes psicoterapias, la terapia cognitivo-conductual es la que actualmente parece ser el enfoque más efectivo para la mayoría de los pacientes adultos. En un estudio del 2000 en niños y adolescentes, se sugirió que había muy pocas diferencias en las diferentes psicoterapias como la cognitivo-conductual, la terapia familiar y la terapia de soporte. En un gran análisis de los cuatro estudios comparativos randomizados, la terapia cognitivo-conductual fue la más efectiva para tratar la depresión mayor de la mayoría de

los pacientes. La mayor parte del éxito de la terapia cognitivo-conductual depende, sin embargo, de la habilidad del terapeuta. Muchos estudios sugieren que la combinación de terapia cognitiva con antidepresivos ofrece los mayores beneficios para muchos pacientes, especialmente de distimia (depresión crónica). Algunos estudios también informan de que en estos pacientes los beneficios de la terapia cognitiva persisten después del fin del tratamiento, con una reducción del riesgo de recaída al 50%.

Terapia Cognitiva-Conductual.- Mejores candidatos: la terapia cognitiva puede ser especialmente beneficiosa para los siguientes pacientes:

- Pacientes con depresión atípica.

- Adolescentes con síntomas leves de depresión mayor.

- Mujeres con depresión postparto no psicótica

- Para los hijos de padres con la enfermedad. En este caso, la terapia debe involucrar a toda la familia. La terapia cognitiva no parece ser tan beneficiosa como los antidepresivos para la mayoría de pacientes con distimia.

Aproximación terapéutica: se enfoca a la identificación de las percepciones deformadas que los pacientes pueden tener del mundo y de sí mismos, cambiando estas percepciones, y descubriendo nuevos modelos de acciones y conducta. Estas percepciones, conocidas como esquemas, son adopciones negativas desarrolladas en la infancia que pueden precipitar y prolongar la depresión. La terapia cognitiva trabaja sobre el principio de que estos esquemas pueden ser

reconocidos y alterados, cambiando con ello la respuesta y eliminando la depresión.

- Primero, el paciente ha de aprender a reconocer las reacciones depresivas y los pensamientos tal como se presentan, normalmente por medio de rellenar un diario de los sentimientos y reacciones hacia los acontecimientos diarios.

- A menudo, se le da al paciente "deberes" que prueban las asunciones negativas antiguas frente a la realidad y piden diferentes respuestas.

- Entonces, el paciente y el terapeuta examinan y hablan sobre estas reacciones y pensamientos arraigados y automáticos.

- Cuando el paciente empieza a entender la falsedad subyacente de estas adopciones que causan la depresión, él o ella puede empezar a cambiar las formas de enfrentarse a ellas. Con el tiempo, estos ejercicios ayudan a infundir confianza y a la larga cambian el comportamiento. La terapia cognitiva es un

tratamiento de tiempo limitado que dura de tres a cuatro meses. Los pacientes pueden recibir terapia en grupo o individual. Psicoterapia

Psicodinámica.- Basada en la teoría de Freud, la psicoterapia psicodinámica se

concentra en trabajar sobre los conflictos no resueltos de la propia infancia. La depresión es vista como un proceso aflictivo por la pérdida de un progenitor u otra persona significativa o por la pérdida de su amor. Freud teorue el individuo depresivo puede sólo expresar ira hacia esta pérdida volviéndola hacia ella o él mismo y transformándolo en depresión. El objetivo terapéutico del paciente es

interpretar y entender estos sentimientos iniciales reexperimentándolos. En los últimos años lo que solía ser una larga terapia ha quedado reducida a algunos meses.

Terapia Interpersonal (IPT).- Basada en parte en la teoría psicodinámica, la terapia interpersonal reconoce las raíces infantiles de la depresión pero se enfoca hacia los síntomas y cuestiones actuales que pueden estar causando

problemas. La IPT no es tan específica como la cognitiva o comportamentista, y todo el trabajo se hlas sesiones. El terapeuta busca redireccionar la atención del paciente, que ha sido alterada por

la depresión, hacia los detalles diarios de la interacción social y familiar. Los objetivos de este método de tratamiento son mejorar las habilidades comunicativas y aumentar la autoestima en un corto

período de tiempo (de tres a cuatro meses de citas semanales). Entre

las formas de depresión que mejor trata la IPT están aquellas causadas por duelo distorsionado o aplazado, conflictos no expresados entre personas muy allegadas, cambios importantes de vida y soledad.

Psicoterapia de Soporte o Intervención de Atención.- El intento de la psicoterapia de soporte o intervención de atención es el de proporcionar al

paciente un entorno no crítico ofreciéndole consejo, atención y solidaridad. La terapia de soporte parece ser de particular ayuda para mejorar la aceptación de las medicacionnquilidad, especialmente cuando aparecen contratiempos y

frustraciones. Un estudio del año 2000 informó de que era tan efectiva como las otras terapias para los adolescentes deprimidos.

ACTIVIDADES

Las maneras negativas de pensar provocan que las personas quieran darse por vencidas, sintiendo en su interior un profundo estado de frustración.

Es importante tener en claro que, justamente, el ver las cosas de forma negativa es uno de los ingredientes centrales de las patologías depresivas.

Generalmente, estos estados de depresión no se basan en circunstancias reales concretas, sino en consideraciones negativas del individuo sobre su persona y en relación con los demás, que lo llevan a sentirse siempre disminuido en sus condiciones y potencialidades.

Sin embargo, el desarrollo de algunas pautas de autoayuda puede lograr que los pensamientos negativos, con el tiempo, comiencen a desaparecer. Esto, por supuesto, no invalida el resto de tratamientos psicológicos o psiquiátricos que la persona emprenda.

Una pequeña **guía de autoayuda contra la depresión** incluiría estos puntos:

• En su actividad diaria, fíjese metas realistas, tomando en cuenta la depresión, y no trate de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades que lo sobrepasen.

• **Divida sus metas en pequeñas aspiraciones**, establezca prioridades y haga lo que pueda en el instante que pueda.

• Siempre es preferible **estar acompañado** y confiar en alguna persona, para compartir charlas y no sentirse solo.

• **Desarrolle cualquier tipo de actividades** que le ayuden a sentirse mejor: haga ejercicio liviano, concurra al cine o a un juego deportivo, participe en actividades recreativas y sociales. Todo eso puede ayudarle a salir del pozo.

• No espere que su estado de ánimo mejore de un momento a otro, sino gradualmente. **Superar la depresión toma un buen tiempo**, pero con voluntad y trabajo es posible sentirse un poco mejor cada día.

• Hasta que el estado depresivo mejore, es aconsejable que **posponga las decisiones más importantes**, como cambiar de trabajo, casarse o divorciarse. En todo caso, consulte a personas que lo conozcan bien y tengan una visión objetiva.

• Siempre deje que sus familiares y amigos le ayuden. No se resista a eso.

• Por último, recuerde que **los patrones positivos de pensamiento deben ir reemplazando poco a poco a los pensamientos negativos**, que son parte de la depresión.